

(様式1)

診療情報提供書(紹介状)

地域医療連携室宛 FAX(0897)-31-7051

愛媛県立新居浜病院

平成 年 月 日

科 _____ 先生 名称 _____
住所 _____
TEL () - _____
FAX () - _____
医師名 _____ 印

紹介患者	ふりがな氏名	_____						愛媛県立新居浜病院受診歴 有・無	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)			
	住所	_____				TEL	_____		
被保険者氏名		_____		保険者番号	_____	_____	_____	_____	
記号・番号			_____			本人・家族			
資格取得日	_____年 月 日		有効期限		_____年 月 日				
公費負担者番号	_____	_____	_____	_____	公費負担医療の受給者番号	_____	_____	_____	
医療受給者証の一部負担金割合				1割・2割					
受診希望日	_____月 日()		(第2希望 _____月 日())						
紹介目的	1診療 2検査		内視鏡(胃・大腸) 画像検査(MRI・CT)(単純・造影) その他()						
傷病名									
既往歴及び家族歴									
症状経過及・治療経過及び検査結果									
現在の処方等									